



HAL
open science

Prise en charge des enfants en situation de handicap en Suède: le rôle des hygiénistes dentaires

Mylène Zind

► **To cite this version:**

Mylène Zind. Prise en charge des enfants en situation de handicap en Suède: le rôle des hygiénistes dentaires. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03115369

HAL Id: dumas-03115369

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03115369>

Submitted on 19 Jan 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE PARIS

UFR D'ODONTOLOGIE - MONTROUGE

Année 2020

N° M017

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 09 mars 2020

Par

Mylène ZIND

Prise en charge des enfants en situation de handicap en Suède :

le rôle des hygiénistes dentaires

Dirigée par Mme le Professeur Sibylle Vital

JURY

Mme le Professeur Marysette Folliguet

Président

Mme le Professeur Sibylle Vital

Assesseur

M. le Docteur Jean-Claude Tavernier

Assesseur

M. le Docteur Roddy Kheng

Assesseur

Mme le Docteur Hien Tran

Invité



Tableau des enseignants de l'UFR

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MÂÎTRES DE CONFÉRENCES
1. DÉVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PRÉVENTION	ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE	Mme DAVIT-BÉAL Mme DURSUN Mme VITAL	M. COURSON Mme JEGAT Mme SMAIL-FAUGERON Mme VANDERZWALM
	ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE		Mme BENAHMED M. DUNGLAS Mme KAMOUN Mme LE NORCY
	PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET ODONTOLOGIE LÉGALE	Mme FOLLIGUET M. PIRNAY	Mme GERMA M. TAVERNIER
2. CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE	PARODONTOLOGIE	Mme COLOMBIER Mme GOSSET	M. BIOSSE DUPLAN M. GUEZ
	CHIRURGIE ORALE	M. MAMAN Mme RADOI	Mme EJEIL M. GAULTIER M. HADIDA M. MOREAU M. NGUYEN Mme TAÏHI
	BIOLOGIE ORALE	Mme CHAUSSAIN M. GOGLY Mme SÉGUIER Mme POLIARD	M. ARRETO Mme BARDET (MCF) Mme CHARDIN M. FERRE M. LE MAY
3. RÉHABILITATION ORALE	DENTISTERIE RESTAURATRICE ENDODONTIE	Mme BOUKPESSI Mme CHEMLA	Mme BERÈS Mme BESNAULT M. BONTE Mme COLLIGNON M. DECUP Mme GAUCHER
	PROTHÈSES	Mme WULFMAN	M. CHEYLAN M. DAAS M. DOT M. EID Mme FOUILLOUX-PATEY Mme GORIN M. RENAULT M. RIGNON-BRET M. TRAMBA
	FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX	M. SALMON	M. ATTAL Mme BENBELAID Mme BENOÎT A LA GUILLAUME (MCF) M. BOUTER M. CHARRIER M. CHERRUAU M. FLEITER Mme FRON CHABOUIS Mme MANGIONE Mme TILOTTA
	PROFESSEURS ÉMÉRITES	M. BÉRENHOLC Mme BRION M. LASFARGUES M. LAUTROU M. LEVY	M. PELLAT M. PIERRISNARD M. SAFFAR Mme WOLIKOW

Liste mise à jour le 04 novembre 2019

Remerciements

À Mme le Professeur Marysette Folliguet

Docteur en Chirurgie dentaire

Spécialiste qualifiée en Médecine bucco-dentaire

Docteur en Sciences odontologiques

Docteur d'Etat en Odontologie

Professeur des Universités, UFR d'Odontologie - Montrouge

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Vice-Doyen de l'UFR d'Odontologie - Montrouge

Chef de service de l'hôpital Louis Mourier

Chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur

Officier de l'ordre des palmes académiques

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Merci pour votre disponibilité et votre écoute bienveillante durant ces quelques années cliniques au sein du service de Louis Mourier. Je tiens à vous témoigner mon respect le plus profond.

À Mme le Professeur Sibylle Vital

Docteur en Chirurgie dentaire

Ancien Interne des Hôpitaux

Docteur de l'Université Paris Descartes

Habilitée à Diriger des Recherches

Professeur des Universités, UFR d'Odontologie - Montrouge

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Vice-Doyen de l'UFR d'Odontologie - Montrouge

Je ne vous remercierai jamais assez d'avoir accepté de diriger cette thèse d'exercice après toutes ces péripéties. Merci pour vos enseignements de qualité, en cours et en clinique ; pour votre pédagogie et votre écoute. Et enfin merci de nous pousser à avoir la curiosité de voir autre chose et d'oser partir loin, mon choix pour Umeå vous revient en partie !

À M. le Docteur Jean-Claude Tavernier

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes

Docteur en Sciences odontologiques

Maître de Conférences des Universités, UFR d'Odontologie - Montrouge

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Chevalier de l'ordre national du mérite

Officier de l'ordre des palmes académiques

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci pour vos enseignements, votre humour et pour avoir été le premier à me sensibiliser à la prise en charge des populations à besoins spécifiques lors de mon option de D3 (où j'ai eu la chance d'avoir des cours particuliers !).

À M. le Docteur Roddy Kheng

Docteur en Chirurgie dentaire

Assistant Hospitalo-Universitaire, UFR d'Odontologie - Montrouge

Je suis très honorée et vous remercie d'avoir accepté de siéger au sein
du jury de cette thèse.

À Mme le Docteur Hien Tran

Docteur en Chirurgie dentaire

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Merci d'avoir accepté me faire l'honneur d'être dans mon jury de thèse. Merci pour votre bonne humeur durant ces quelques années à Colombes et pour nos rires dans le bureau d'Hakima. Le buffet n'attendait que vous, depuis le temps qu'on en parle !

À mes parents. **Mamati**, pour ton *ghenej*, tes goûters de l'espace pendant mes révisions et les petits mots doux dedans, tes encouragements, ton écoute bienveillante durant ces longues années d'étude et ta fierté à peine cachée. **Papa**, pour ta grande fierté que je sais malgré ta discrétion.

À mon frère **Alain**, mon éternelle source d'inspiration et d'admiration. A croire que j'ai fini par vraiment devenir docteur malgré mes siestes sans fin.

À **Maria**, pour tes petits mots toujours positifs et ta patience entre Alain et moi.

Au reste de ma famille ici et ailleurs, mes oncles et tantes et ma **Setto**, pour qui j'étais déjà "doctora" depuis mon 1er jour d'université.

À ma **Anais** Boobies d'amour, grâce à qui le souvenir de la P1 reste pour moi 2 années de fous rires. Ça n'aurait jamais été possible sans toi. Merci pour ton rire de phoque qui aura réussi à me faire virer de cours, à nos gueuletons, à nos 15 min de Jean-Jacques à fond, à nos parties de flipper, à nos soirées animées à réussir à parler ukrainien, et surtout à ton amour aussi solide qu'une bouteille.

À **Alice-Elvis**, à nos discussions passionnées sur nos métiers autour de sushis et tes sms-de-la-mort-qui-tue.

À **Morganechou** et **Huguette**, mes piliers de la JP crew depuis un peu trop d'années. Et **Anayène**, **Marion** et les boys aux 4 coins du monde, **Anto**, **Marius**, **Diego**, **Claire**, **Martin**.

À mon **Delplat**, quel plaisir de se voir grandir ensemble du bout de la rue.

À **Melhem**, qui a été le tout premier à me donner goût à ce métier.

À **Adeline**, ma colloc beurette demi-sel en or. Aux chansons Disney pendant notre binomat en pédo (libéréeeeeeeee délivréeeee de cette thèse !), à nos dîners en amoureux, à nos moments de "baisse les yeux" et à ton soutien sans failles.

À mes 2 autres gonz de Coco du love. **Cyrielle**, à tes minutes scientifiques pour dormir moins bête et à ton rire si communicatif. **Sab**, à tes talents de toujours nous rassembler soit autour de tes gâteaux de l'enfer, soit dans une destination de rêve. Eh, on aura commencé cette thèse ensemble un 8 août !

À ma **Jojo**. A nos aventures en binôme en congrès, à celles scandinaves et à nos thés au thym pour se remettre de tout ça.

À ma team Mouton, **Hélène** et **Maumau**, et au parasite **Jawed** qui s'est ajoutée pour le meilleur des Majores. À vos encouragements et vos conseils précieux. Faites gaffe, je vous suivrai jusqu'au bout du monde et on l'a déjà prouvé !

À **Cha-cha**, mon binôme de choc. A cette efficacité depuis cette 1ère pulpo le 1er jour de clinique, à nos récompenses en vin et à nos regards compréhensifs au-dessus des patients.

À la série E de l'ambiance : **Pilou**, **Michou**, **Vanina**, **Stéphane**, **Diane**...

Bico (oui oui quand même), à ces jugements et à ton rire~

Jess, au 1/3 de la Team viking, au 1/3 des attachées de Lucien.

À la Team Coco du love, **Max** & notre collaboration le mercredi aprem, **Julien**, **Romain**, **Tati**, **Farah**, **Paul**, **Samsam**, **Lisa**, **Léa**, **Allan**, **Alex**, **Momo**, **Lauren**.

Aux autres copains de Colombes (**Chloé**, **Charlène**, **Sarah**, **David**, **Casar**, **Po**...), mes petits D2, les T1 qui nous ont tout appris (surtout l'apéro du vendredi) et **Maxou** (depuis la D1 et jusqu'à me montrer comment faire une tronculaire au WEI), **Capucine** (« ma D3 » qui m'a montré la voie), à **Hakiki** notre maman de Colombes.

Aux copains de la fal et à nos (non) souvenirs de soirées et congrès ! **Bastien** (meilleur fillot), **Paupau**, **Thomas**, **Gaël**, **Marion**, **Max**, **Marine**, **Marine**, **Lucie**, **Clément**, **Boobiz**, **JM**, **Maxence**, **Marc...**

À **Lucien**, quel plaisir de te suivre depuis 2 ans ! Et à nos soirées jeux non comprises.

Aux copains de la fac, **Lise** (objectif thèse enfin atteint !), **Émilie** (associée officielle du SDL), **Paul**.

A mon parrain de P1, **Tonton Momo**, qui a été le premier à toujours m'encourager mais surtout qui m'a montré l'exemple de la réussite.

À **Nikolina**, ma binôme suédoise. À **Pernilla** et **Janet**, qui m'ont permis de traiter ce sujet de thèse.

Table des matières

INTRODUCTION	3
1 : LE MODELE DE SANTE SCANDINAVE	4
1.1 GRANDS PRINCIPES : UN SYSTEME DECENTRALISE.....	4
1.2 ORGANISATION DE L'ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE	6
1.3. CHIFFRES	8
2 : LES HYGIENISTES DENTAIRES	9
2.1. HISTORIQUE, CREATION.....	9
2.2. CONTEXTE ACTUEL	10
2.2.1. <i>Formation</i>	10
2.2.2. <i>Répartition sur le territoire</i>	11
2.3. PLACE ET ROLE DANS L'EQUIPE DE SOINS	12
3 : STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP	16
3.1. CONTEXTE DU HANDICAP : RAPPEL DE L'OBJECTIF DE PRISE EN CHARGE	16
3.1.1. <i>Formes, types, prévalence en Suède</i>	16
3.1.2. <i>Conséquences sur la sphère oro-pharyngée</i>	17
3.2. ORGANISATION DES SOINS	19
3.2.1 <i>La prévention : un outil clé</i>	20
3.2.2 <i>Une coopération pluridisciplinaire</i>	23
3.3. FINANCEMENT DES SOINS SPECIFIQUES	25
4 : DISCUSSION	26
CONCLUSION	30
BIBLIOGRAPHIE	31
TABLE DES FIGURES	33
TABLE DES TABLEAUX	34

Introduction

« The impression of the general health of the Nordic children is mainly positive. It should, however, not lead to the conclusion that no health problems exist. »¹

Köhler nous met ici en garde contre cette image idéalisée du système de santé suédois. C'est pourtant avec ces mêmes a priori en tête que je suis partie faire mon échange universitaire pendant le dernier semestre de mon cursus. En effet, la politique de santé scandinave repose sur un système de promotion de la santé bucco-dentaire pour l'ensemble de la population, et ce, dès le plus jeune âge. Pour les enfants atteints de handicaps, plus vulnérables face aux pathologies bucco-dentaires, des stratégies de prévention sont spécifiquement mises en œuvre. Sensibilisée à la nécessité d'une prise en charge particulière pour ces patients et dans la continuité de mon stage de santé publique de T1, à la consultation pour patients handicapés du Dr Loing (PH d'Odontologie, Hôpital Louis Mourier), j'ai demandé à intégrer une consultation similaire au sein de l'hôpital universitaire Norrlands universitetssjukhus à Umeå.

Premier constat frappant, les enfants handicapés qui consultent ont une hygiène orale globalement satisfaisante. Le deuxième élément ayant retenu mon attention est l'organisation-même des rendez-vous : le dentiste travaille en binôme avec un hygiéniste dentaire, faisant partie intégrante de l'équipe soignante. Ces observations m'ont permis de m'interroger sur certains points : en quoi le système de santé scandinave, axé sur la prévention, prend-il en compte la prise en charge spécifique des enfants en situation de handicap ? Comment les hygiénistes s'intègrent-ils dans cette organisation ?

Afin de répondre à ces interrogations, nous reviendrons sur la base du système de santé en Suède : ses principes, son organisation et la valorisation de l'odontologie pédiatrique. Puis, nous nous attarderons sur le métier d'hygiéniste, son historique et son contexte actuel, afin de le replacer dans l'équipe de soins et de définir son rôle dans la prise en charge des populations. Ensuite, nous nous centrerons sur la stratégie de la prise en charge des enfants en situation de handicap, en rappelant dans un premier temps les objectifs thérapeutiques de ce suivi puis de son organisation concrète sur le territoire. Enfin, nous tenterons d'analyser ces stratégies de prise en charge nordiques.

¹ « L'impression de la santé générale des enfants des pays nordiques est principalement positive. Cela ne devrait toutefois pas conduire à la conclusion qu'il n'existe aucun problème de santé. »

Köhler, « Children with and without disabilities in the Nordic countries. A nordic project ».

1 : Le modèle de santé scandinave

1.1 Grands principes : un système décentralisé

La Suède est une monarchie constitutionnelle avec un gouvernement parlementaire. Le pays est divisé en trois niveaux : le parlement au niveau national (*Riksdag*) ; les 21 conseils des comtés au niveau régional (*Landstingets*) et enfin les 289 municipalités au niveau local.²

Si l'Etat central continue de définir les priorités en matière de santé et de déterminer les objectifs de santé publique, ce sont les comtés qui sont responsables de l'organisation et du financement de ce système de santé et de la fourniture des soins. C'est en 1862 que les conseils régionaux sont mis en place avec pour tâche principale l'organisation de la santé. C'est le début de l'organisation actuelle du système de santé suédois. Le transfert des responsabilités en termes de santé s'est fait progressivement du gouvernement central vers les conseils régionaux. Dans les années 1930, les comtés prennent en charge différents soins non hospitaliers comme, entre autres, les soins dentaires pédiatriques.³

Le système de santé suédois se caractérise par une couverture et un accès universels aux soins ; une structure très décentralisée et organisée autour des comtés ; une place majeure du secteur public (pour le financement et l'offre de soins) ; ainsi qu'un financement essentiellement assuré par les impôts.⁴ Les conseils de comté et les municipalités prélèvent d'ailleurs des impôts séparés et proportionnels sur le revenu de leurs résidents pour financer les différents services qu'ils fournissent.⁵

En Suède, l'acteur principal de ce système de santé est le « *Swedish Public Dental Service* » (Service Public Dentaire ou SPD). Son but primordial est d'améliorer la santé bucco-dentaire des habitants en fournissant des soins dentaires généraux, des soins spécifiques et des soins en hôpital.⁶ En 1924, le parlement Suédois a commandé un rapport global sur l'état des soins et de la santé bucco-dentaire en Suède. De cette enquête a découlé la création du Service Public Dentaire. Il était d'abord consacré aux enfants puis s'est progressivement étendu aux autres types de patients. De même, les professionnels de santé se sont diversifiés au fur et à mesure, comme les hygiénistes qui ont intégré l'équipe de soins dans les années 1960.

Aujourd'hui, l'organisation de l'offre de soins est totalement décentralisée et organisée autour des 21 SPD régionaux, qui suivent la division du territoire en comtés.

² Hjorstsberg et Ghatnekar, *Health care in transition : Sweden*.

³ Hjorstsberg et Ghatnekar.

⁴ Chambaretaud, « Suède, un système géré librement par les comtés ».

⁵ Hjorstsberg et Ghatnekar, *Health care in transition : Sweden*.

⁶ Folk tandvården, « About the swedish public dental service ».

Figure 1 : Les 21 comtés suédois



Source : Swedenembassy, « La carte des 21 comtés de la Suède », 2018.

Leur tâche principale est la prévention pour les enfants et les adolescents. Depuis 30 ans, les soins sont d'ailleurs gratuits jusqu'à l'âge de 23 ans (voire 24 ans en 2019 dans le comté de Västerbottens au Nord par exemple). En 2004, plus de 95 % des enfants reçoivent des soins au sein des SPD contre uniquement 40 % des adultes.⁷

Depuis 1992 et la réforme Ädel, les comtés ont cependant cédé aux municipalités leurs responsabilités concernant la planification et le financement des soins et services pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.⁸

La prévention reste la priorité pour l'Etat suédois. Pour répondre à ce choix politique, de nombreuses réformes ont été mises en place entre 1999 et 2008. Parallèlement, la « National Board of Health and Welfare Unit » (*Socialstyrelsen*, la Direction des Affaires Sociales) a établi des recommandations pour les dentistes afin de les guider et les aider dans les démarches de prévention, d'éducation et de motivation de la population aux soins dentaires et du choix des moyens à engager pour les traitements des différentes lésions dentaires.⁹

⁷ Folk tandvården.

⁸ Hjørstberg et Ghatnekar, *Health care in transition : Sweden*.

⁹ Carlac'H, Ouardirhi, et Romeo, « L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas ».

En 2013, la Suède est un des pays dépensant le plus en matière de santé en Europe, avec 11 % du PIB dont 0,6 % consacrés pour les soins dentaires (soit plus de 2,4 milliards d'euros).¹⁰

Le système de santé suédois est un système socialement responsable avec un engagement public explicite pour assurer la santé de tous les citoyens mais aussi au même niveau, celle des immigrants. La santé est financée et aussi dispensée publiquement, jusqu'à un haut degré.¹¹

1.2 Organisation de l'odontologie pédiatrique¹²

L'offre de soins dentaires des enfants dans les systèmes de santé des pays nordiques se veut¹³ :

- PUBLIQUE : les soins sont organisés par les autorités publiques
- UNIVERSELLE : ils sont destinés à tous les enfants
- GRATUITE : ils sont financés par les fonds publics
- SYSTEMATIQUE : les enfants sont appelés à des intervalles réguliers et les absents sont suivis
- COMPREHENSIVE : elle inclut tous les soins nécessaires (sauf l'orthodontie dans certains comtés).

En misant d'abord sur les jeunes générations, le gouvernement a pour objectif de minimiser les actes lourds et coûteux à l'âge adulte. L'objectif est de maintenir voire d'améliorer le niveau bucco-dentaire de l'ensemble des suédois avec une éducation à l'hygiène orale et un suivi personnalisé dès le plus jeune âge.

Durant les années 1970 et au début des années 1980, la prévalence des caries était élevée chez les enfants et les adolescents suédois. Les stratégies de prévention qui ont été alors menées visaient la population globale. Elles étaient mises en place sur les groupes sans distinction entre les patients et leur risque carieux individuel (RCI). Cela correspondait à des accompagnements au brossage dans les écoles et des bains de bouche fluorés réguliers systématiques pour tous sans exception. Ces techniques s'étant montrées efficaces et la prévalence des caries ayant diminué, les stratégies sur la population pour prévenir les maladies orales ont été finalement abandonnées dans beaucoup de comtés suédois en faveur de stratégies individuelles pour les enfants à RCI élevés uniquement.¹⁴

Dans la pratique, les familles sont sensibilisées à la prévention dès la grossesse avec des informations concernant l'arrivée des premières dents et les habitudes alimentaires et comportementales à observer (l'utilisation non prolongée du biberon de lait, le brossage des premières dents, l'utilisation de la tétine, le rythme des futures visites chez le dentiste...). Les deux premières

¹⁰ Carlac'H, Ouadirhi, et Romeo.

¹¹ Hjorstsberg et Ghatnekar, *Health care in transition : Sweden*.

¹² Carlac'H, Ouadirhi, et Romeo, « L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas ».

¹³ Matsson, Bäckman, et Nielsen, « Dental care for disabled child and adolescent ».

¹⁴ Sarmadi, Gabre, et Gahnberg, « Strategies for caries risk assessment in children and adolescents at public dental clinics in a swedish county ».

visites de l'enfant se font généralement à 3 ans puis 6 ans. Des rendez-vous supplémentaires durant ces trois années peuvent être ajoutés si nécessaire. Par la suite, l'enfant bénéficie d'un suivi individuel personnalisé tous les 12 à 18 mois. La fréquence est évaluée par le dentiste, en fonction du besoin de l'enfant et de son risque carieux individuel. Aujourd'hui, le système de rappel du patient est individualisé et tous les enfants n'ont pas un contrôle dentaire annuel. La fréquence des rendez-vous se voit de plus en plus ralentie, surtout dans les zones où la population présente une bonne santé orale. Parallèlement, les hygiénistes dentaires voient de manière plus fréquente les patients et un point d'honneur est mis sur les stratégies préventives. Les dentistes continuent à voir les enfants à des âges définis et à certains intervalles, et sont aussi responsables des plans de traitements et de tous les traitements invasifs.¹⁵

Tous les soins sont gratuits pour les enfants âgés de moins de 23 ans, qu'ils soient suivis au sein de cabinets dentaires privés ou dans les services publics. Pour chaque enfant traité, le dentiste perçoit 99 € (943 SEK) par an par le conseil de région (*Landstingets*). Au-delà de la visite de contrôle avec un dentiste, les messages de prévention sont transmis par les hygiénistes dans les centres de santé et par des pédodontistes et assistants dentaires qui se déplacent dans les écoles deux fois par an. Lors de ces visites, les enfants apprennent les techniques de brossage et l'utilisation du fil dentaire. Ils sont également familiarisés avec des notions comme l'alimentation non cariogène ou la fonction de la salivation. Des traitements préventifs à base de fluor sont offerts, et une brosse à dents et un dentifrice sont fournis aux enfants lors de la première visite.¹⁶

Une étude¹⁷ de 2015 évaluant l'avantage des programmes de promotion de santé orale par des hygiénistes dans 4 écoles du comté d'Uppsala durant deux ans, a mis en évidence un réel intérêt de ces interventions. D'après des examens cliniques et radiographiques, les auteurs ont noté une diminution de la prévalence des caries amélares chez ces enfants. Ceux ayant un RCI élevé ont accès à un nombre plus important de mesures de prévention, ce qui permet d'être plus efficace dans la stratégie préventive. De plus, un questionnaire d'enquête auprès des adolescents des écoles a révélé des changements positifs dans leurs connaissances sur la santé orale. Les jeunes interrogés témoignent eux-mêmes d'un intérêt réel face à ces actions.

¹⁵ Klingberg et al., « Specialist paediatric dentistry in Sweden 2008 – a 25-year perspective ».

¹⁶ Carlac'H, Ouardirhi, et Romeo, « L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas ».

¹⁷ Hedman, Gabre, et Birkhed, « Dental hygienists working in schools - a two-year oral health intervention programme in swedish secondary schools ».

1.3 Chiffres

Depuis les réformes de 1999, l'efficacité de cette politique de prévention se retrouve dans les données nationales.

On note avant tout une évolution significative de l'indice CAO à 12 ans en Suède : il était de 3 en 1985, puis il est passé à 1 en 2005 jusqu'à atteindre 0,76 en 2011. Pour comparaison, l'indice CAO à 12 ans en France en 2011 était de 1,2. Le pourcentage de zéro CAO à 12 ans atteignait 65 % en Suède en 2011 contre 56 % en France.¹⁸ Il était uniquement de 22 % en 1985.¹⁹

En cohérence avec ces réformes et l'organisation de la prise en charge de la population, les soins conservateurs et préventifs sont les types de soins les plus réalisés par les dentistes suédois, en termes de volume d'actes. Selon l'association des dentistes privés en Suède, ceux-ci représentent 94 % des actes effectués, alors que les 6 % restant sont partagés entre les soins prothétiques et l'implantologie.²⁰

De manière plus détaillée, on retrouve dans le Tableau 1 les traitements majeurs en Suède en 2010.

Tableau 1 : Traitements majeurs en Suède représentant près de 63 % des soins en 2010

Actes	Nombre d'actes en 2010 (en pourcentage des soins)
Check up régulier	22 %
Prophylaxie par un hygiéniste	18 %
Obturations	17 %
Traitements de canal	2 %
Extraction de dents	3 %

Source : Carlac'H, Ouairi et Romeo, « L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas », 2018.

Nous notons ainsi que les soins préventifs restent plus importants que les soins conservateurs, signe d'une bonne santé bucco-dentaire globale de la population, et qu'ils sont en bonne partie réalisés par les hygiénistes dentaires (18 %).

¹⁸ Carlac'H, Ouairi, et Romeo, « L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas ».

¹⁹ Sarmadi, Gabre, et Gahnberg, « Strategies for caries risk assessment in children and adolescents at public dental clinics in a Swedish county ».

²⁰ Carlac'H, Ouairi, et Romeo, « L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas ».

2 : Les hygiénistes dentaires

Entre dentistes et assistants dentaires, les hygiénistes sont un métier de l'équipe dentaire à part entière. Le système d'utilisation des "auxiliaires dentaires" est bien développé en Suède et beaucoup de soins bucco-dentaires leur sont confiés.²¹ Les pionniers dans le domaine sont les Etats-Unis où les premiers hygiénistes sont arrivés en 1913, suivis par la Norvège en 1924 et le Royaume-Uni en 1930²². Ce corps de métier apparaît plus tardivement en Suède, dans les années 1960.

2.1 Historique, création

La profession d'hygiéniste dentaire a émergé au moment il a été reconnu que la santé orale pouvait être promue par des soins préventifs professionnels réguliers. La motivation du patient, l'éducation à l'hygiène orale, les soins prophylactiques professionnels et les thérapeutiques parodontales non chirurgicales demandent du temps et des compétences pratiques spécifiques et sont rarement réalisés par les dentistes eux-mêmes. Pour ces raisons, les Etats-Unis ont été les premiers à recommander la répartition des tâches grâce à la mise en place des hygiénistes.²³

Alors que la création du statut d'hygiéniste a été suggérée tôt, dans les années 1940²⁴, en Suède, il a fallu attendre 1968 pour que leur programme de formation ne soit lancé. Au départ, deux écoles permettaient cette formation à raison de 16 étudiants par an²⁵. Ceci a été initié par le Ministère de la santé et des affaires sociales²⁶. Cependant, l'évolution du statut de ces professionnels de santé a été lente. A l'origine, il y avait une controverse autour de l'introduction de la profession. Les dentistes avaient le sentiment d'être financièrement menacés par l'arrivée des hygiénistes sur le marché du travail dans le début des années 1980.²⁷ Mais cette situation n'a pas duré face à la demande accrue de dentistes et d'hygiénistes pour la population. En 1991, le « *National Board of Health and Welfare* » leur délivre une licence les autorisant à pratiquer de manière indépendante, sans devoir se référer à un dentiste.²⁸ Ce n'est qu'en 1993 que leur existence en tant que professionnel de santé a été reconnue.²⁹

²¹ Swedish dental association, « Dentistry in Sweden ».

²² Axelsson, Rolandsson, et Bjerner, « How Swedish dental hygienists apply their training program in the field ».

²³ Luciak-Donsberger, « Origins and benefits of dental hygiene practice in Europe ».

²⁴ Ordell, Unell, et Söderfeldt, « An analysis of present dental professions in Sweden ».

²⁵ Axelsson, Rolandsson, et Bjerner, « How Swedish dental hygienists apply their training program in the field ».

²⁶ Azoulay, « Les programmes de prévention de la carie pour les enfants et les adolescents en Suède des années 1960 à nos jours ».

²⁷ Luciak-Donsberger, « Origins and benefits of dental hygiene practice in Europe ».

²⁸ Luciak-Donsberger.

²⁹ Llyod, « Dental care delivery around the world ».

Initialement, les hygiénistes avaient pour tâche de s'occuper du traitement initial et de la maintenance des patients ayant une pathologie parodontale³⁰. En effet, ceci répondait à une demande intensive de prise en charge dans ce domaine. Puis, au cours des décennies plus récentes, on a pu parallèlement noter une amélioration significative de la santé bucco-dentaire en Suède ainsi qu'une augmentation considérable du nombre d'hygiénistes sur le territoire. Ce développement a changé et étendu le champ de compétence de ce corps de métier pour inclure toute sorte de mesures de prévention et de traitement des caries initiales.

2.2 Contexte actuel

2.2.1. Formation

La formation exige une entrée académique de 2 « A levels » (examen qui équivaut au baccalauréat français). Le cursus de formation correspond au premier cycle universitaire en science de santé orale, dans une des 8 facultés de Suède proposant ce programme : Kristianstad, Malmö, Göteborg, Jönköping, Stockholm, Falun/Borlänge, Karlstad et Umeå. La science de santé orale est multidisciplinaire, composée de sciences médicales/odontologiques et de sciences comportementale et sociales. Le premier programme de la formation a été adopté dans les années 1970. Aujourd'hui, chaque université module ce programme de manière indépendante. La formation s'étend sur 2 ans avec une troisième année optionnelle ou sur 3 années obligatoires. Bien que la formation plus courte, en 2 ans, peut suffire à l'étudiant, ce dernier ne pourra généralement pas être qualifié pour continuer d'autres études universitaires plus approfondies.³¹

Si initialement le domaine de compétence des hygiénistes était centré sur la parodontie, celui-ci tend maintenant progressivement à s'élargir. Les différents objectifs pédagogiques et cliniques, principalement tournés vers la prophylaxie sont les suivants³² :

- ✓ Optimiser les soins personnels sur une base individuelle et de groupe
- ✓ Diffuser des conseils en matière de prévention
- ✓ Réaliser les soins prophylactiques : application topique de gel et vernis fluorés ; mise en place des scellements de sillons
- ✓ Effectuer une évaluation diététique et donner des conseils
- ✓ Réaliser un détartrage (nettoyage mécanique professionnel) et polissage supra et sous gingivaux
- ✓ Faire un sondage et surfaçage radiculaire

³⁰ Öhrn et al., « Accuracy of dental hygienists in diagnosing dental decay ».

³¹ Ordell, Unell, et Söderfeldt, « An analysis of present dental professions in Sweden ».

³² Axelsson, Rolandsson, et Bjerner, « How Swedish dental hygienists apply their training program in the field ».

- ✓ Réaliser des tests salivaires et de microbiote oral
- ✓ Finition des restaurations et polissage des excès débordants
- ✓ Diagnostic et épidémiologie des maladies carieuses et parodontales
- ✓ Faire une anesthésie locale
- ✓ Remodelage dans le cas d'atteinte de la furcation

2.2.2. Répartition sur le territoire

Au global en 2018, on recense en Suède près de 2,2 auxiliaires par dentiste en équivalent temps plein, dont 12 000 assistants dentaires et près de 4 000 hygiénistes.³³

Le tableau 2 précise la situation et la répartition des hygiénistes sur le marché du travail en 2008.³⁴ Il est à noter que les hygiénistes n'ayant pas de revenus dans l'année en cours sont probablement en déménagement ou en déplacement pour travailler ou vivre à l'étranger.

Tableau 2 : Nombre d'hygiénistes dentaires légitimes par statut sur le marché du travail et par sexe,

Novembre 2008

Travailleur	3 684
Au sein de la profession dentaire	3 194
En dehors de la profession dentaire	490
Non travailleur	646
Non enregistrés en Suède	107
Pas de revenu en Suède	39
A la retraite	355
Autres personnes sans emploi	145
Manque de numéro de sécurité sociale	13
Total	4 343
Femmes	4 266
Hommes	77

Source : Traduction de l'auteur d'après Socialstyrelsen, « Prognos över sysselsatta inom hälso - och sjukvården samt tandvården », 2011.

³³ Carlac'H, Ouardirhi, et Romeo, « L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas ».

³⁴ Socialstyrelsen, « Prognos över sysselsatta inom hälso - och sjukvården samt tandvården Åren 2009-2025 Barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare ».

Après l'obtention de leur diplôme, ils peuvent choisir de travailler dans le secteur public ou privé, dans la majorité des cas en association avec un dentiste.³⁵

Comme les dentistes, les hygiénistes sont inscrits au registre à l'issue de leur formation et reçoivent une licence du *National Board of Health and Welfare Unit*, ce qui les autorise à créer leur propre entreprise. Ainsi, bien que la majorité soit salariée de cabinets dentaires privés, 225 hygiénistes sont des auto-entrepreneurs indépendants (*Sveriges Tandhygienistförening*).³⁶

2.3 Place et rôle dans l'équipe de soins

Les domaines de compétence dans lesquelles l'hygiéniste et le dentiste travaillent coïncident parfois. Leurs qualifications sont différentes mais complémentaires.³⁷

L'Office National de la Santé et des Affaires Sociales (*Socialstyrelsen*) a défini les zones de compétences des hygiénistes. Celles-ci se divisent en 3 catégories : l'hygiène orale théorique et pratique ; la recherche, le développement et l'éducation ; la coopération et la direction. Nous nous intéresserons ici à la première catégorie uniquement.

Tableau 3 : Domaine de compétences des hygiénistes en hygiène orale théorique et pratique

AIRE DE COMPETENCE	SOUS-COMPETENCES
Science de Santé Bucco- Dentaire	<p>Être capable de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exploiter les parties saines du patient - Observer, évaluer et diagnostiquer de manière autonome les caries et parodontites - Planifier et réaliser de manière autonome les soins de santé orale - Evaluer et suivre le résultat de ces soins - Noter et évaluer la santé bucco-dentaire des individus dans tous les groupes d'âge afin d'évaluer la nécessité de transférer ou adresser vers un dentiste ou autre professionnel - Revoir les besoins d'hygiène orale du patient selon les besoins et prérequis physiques, psychologiques, sociaux et culturels - Gérer et prescrire des médicaments en toute sécurité

³⁵ Azoulay, « Les programmes de prévention de la carie pour les enfants et les adolescents en Suède des années 1960 à nos jours ».

³⁶ Carlac'H, Ouairdirhi, et Romeo, « L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas ».

³⁷ Swedish national board of health and welfare, « Competence description for registered dental hygienist ».

	<ul style="list-style-type: none"> - Observer, évaluer, prioriser et si nécessaire prendre en charge les changements d'état bucco-dentaire du patient - Reconnaître et, autant que possible, soulager les gênes et douleurs du patient, avec empathie - Tenir un dossier en accord avec la réglementation applicable
<p>Promouvoir la santé et prévenir les maladies</p>	<p>Être capable de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir la santé bucco-dentaire individuelle et des groupes - Dans le cadre de ses compétences, identifier et prévenir activement tout risque bucco-dentaire et, si nécessaire, motiver à un changement d'habitudes et de comportement - Identifier et déterminer les possibilités et capacités du patient à prendre soin de lui - Informé et accompagner les patients et leurs proches, de manière individuelle ou en groupes, dans le but de promouvoir la santé orale et prévenir toute pathologie bucco-dentaire - Neutraliser les complications en cas de pathologie, soins ou prévention - Prévenir les infections dues aux soins, contagions ou propagation de contagions
<p>Traitement et information</p>	<p>Être capable de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Montrer de l'intérêt, de la sensibilité et du respect quand on communique avec le patient, ses proches et le personnel - Fournir aux patients et/ou ses proches un soutien et un accompagnement thérapeutique pour les encourager à leur participation active et à s'auto-responsabiliser - S'assurer que le patient et/ou ses proches comprennent les informations données ; identifier les patients qui ne peuvent pas exprimer seuls leur besoin d'information ou qui ont un besoin explicite d'une information spécifique
<p>Observations et traitements</p>	<p>Être capable de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Donner au patient des soins de prévention et des traitements basés sur une vue globale - Effectuer de manière autonome et prendre part aux observations, traitements et aux consultations avec un dentiste pour appliquer leurs prescriptions - Contester des instructions ou prescriptions peu claires - Identifier et évaluer le besoin de soins bucco-dentaires - Avec des explications régulières, reconnaître les besoins du patient concernant la sécurité et le confort pendant les consultations et les traitements

	<ul style="list-style-type: none"> - Avec le patient, créer de bonnes conditions préalables au traitement et aux soins - Identifier, enregistrer et signaler des écarts pour évaluer et suivre les examens et les traitements effectués - Manipuler des produits techniques médicaux conformément à la réglementation en vigueur et les protocoles de sécurité - Travailler sur des bases de principes et protocoles d'hygiène
Sécurité et qualité	<p>Être capable de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suivre les lois actuelles, protocoles et guidelines - Gérer des informations délicates proprement et avec soin - Utiliser des technologies d'information et communication pour gérer son travail - Suivre les écarts dans les protocoles de management - Agir correctement en cas des pratiques non professionnelles de ses collègues - Contribuer à un travail de qualité et d'améliorations régulières - Gérer des situations dans lesquelles des risques de menaces de violence ou de dommages sont présents - Si nécessaire, réaliser des gestes de premier secours
Environnement des soins	<p>Être capable de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réfléchir, motiver et contribuer au développement d'un bon environnement de soin - Contribuer aux tâches de l'environnement de travail - Avoir conscience et prévenir activement tout risque professionnel - Faire preuve d'intégrité personnelle - Respecter l'égalité de chacun

Source : Traduction de l'auteur d'après Swedish national board of health and welfare, « Competence description for registered dental hygienist », 2008.

Dans une étude³⁸ de 2017 menée en Belgique et en Hollande, des questionnaires ont été complétés par des dentistes omnipraticiens, hygiénistes et parodontistes afin de comparer l'attitude de prévention de ces trois acteurs de santé dans un pays où les hygiénistes ne sont pas encore reconnus officiellement. Les résultats notent un impact positif sur l'accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires dans les pays possédant des hygiénistes. Leur présence a permis une délégation des tâches de prévention qui sont particulièrement efficaces. En effet, leur travail est uniquement orienté vers la prévention et les thérapeutiques de soutien alors que 32,2 % des omnipraticiens de cette étude

³⁸ Thevissen et al., « Attitude of dental hygienists, general practitioners and periodontists towards preventive oral care : an exploratory study ».

indiquent que le manque de temps est un des facteurs les empêchant de donner leurs instructions d'hygiène orale. En conséquence, les hygiénistes et parodontistes semblent plus satisfaits par leurs efforts (82,8 % des hygiénistes contre uniquement 38,8 % des omnipraticiens) et sont plus enclins à répéter leurs instructions face à des patients non compliants.

Cette amélioration de la productivité a aussi été aidée par les changements concernant les auxiliaires dentaires, notamment l'augmentation du nombre d'hygiénistes formés à la prévention au fauteuil permettant un accès à des soins préventifs bucco-dentaire de qualité.³⁹

De plus, il est maintenant reconnu que la plupart des pathologies orales peuvent être prévenues et qu'un lien étroit existe entre la santé bucco-dentaire, la santé générale et la qualité de vie. Ainsi, la promotion de la santé et la prévention bucco-dentaire nécessitera une approche multidisciplinaire, sans se concentrer uniquement sur la cavité orale mais avec des conseils diététiques, ou pour avoir un mode de vie sain par exemple. L'accent mis sur la prévention et la promotion de la santé en terme général appuie l'importance du rôle de l'hygiéniste dans l'équipe dentaire du futur.⁴⁰

Parallèlement et de manière progressive, on assiste à une substitution des dentistes suédois par les hygiénistes. L'augmentation de la demande de soins des patients, la lente diminution du nombre de dentistes sur le territoire et l'élargissement du domaine de compétence des hygiénistes permet d'expliquer cette bascule actuelle. Notons tout de même une difficulté à obtenir une entière reconnaissance professionnelle pour majoritairement deux raisons : leur formation n'est pas homogène sur le territoire et leur domaine de connaissance n'est si spécifique, ni exclusif à leur groupe, puisqu'il se recoupe avec les compétences des dentistes.⁴¹

Quelques idées ont été proposées dans le *Swedish Dental Journal* pour améliorer leur degré de professionnalisme :⁴²

- clarifier leur domaine : ou bien par rapport au type de population pour promouvoir la santé, ou bien concernant leur travail clinique
- développer des hygiénistes dentaires en agent de santé dentaire primaire : de cette manière, les patients rencontreraient d'abord un hygiéniste, comme un professionnel de première ligne. Il devient le contact primaire pour les contrôles réguliers, ce qui permettrait peut-être aux suédois de garder leur niveau de santé orale malgré la diminution future du nombre de dentistes.

³⁹ Klingberg et al., « Specialist paediatric dentistry in Sweden 2008 – a 25-year perspective ».

⁴⁰ Öhrn, « The role of dental hygienists in oral health prevention ».

⁴¹ Ordell, Unell, et Söderfeldt, « An analysis of present dental professions in Sweden ».

⁴² Ordell, Unell, et Söderfeldt.

3 : Stratégie de prise en charge des patients en situation de handicap

3.1 Contexte du handicap : rappel de l'objectif de prise en charge

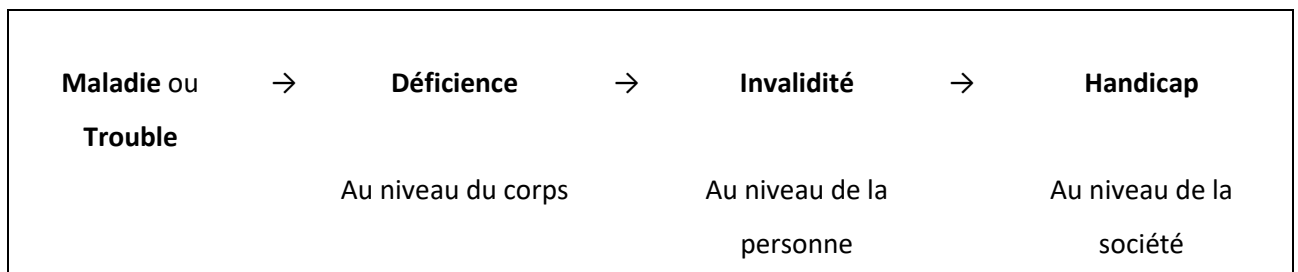
Les enfants en situation de handicap ont un besoin accru en termes de prévention dentaire. La prise en charge de ces enfants doit se faire sur une échelle multidisciplinaire. Il est nécessaire d'établir une coordination des différents services et une meilleure coopération entre les différents professionnels de santé.

3.1.1. Formes, types, prévalence en Suède

3.1.1.1. Définitions⁴³

Le concept du handicap avec ses différents niveaux et leurs relations sont schématisés dans la Figure 2. Les flèches indiquent qu'un état peut nous amener au suivant mais le sens des flèches peut être réversible.

Figure 2 : Le concept des handicaps



Source : Mattson, Bäckman et Nielsen, *Pediatric dentistry : a clinical approach*, 2001.

La déficience est la perte ou l'anormalité d'une partie du corps ou d'une fonction physique ou psychologique.

⁴³ Matsson, Bäckman, et Nielsen, « Dental care for disabled child and adolescent ».

L'invalidité correspond à toute restriction ou diminution de l'habilité à réaliser une activité de manière « normale ».

Le handicap décrit une situation pour un individu où une condition physique ou mentale le retient d'une pleine participation à une activité normale pour sa catégorie d'âge, que ce soit une activité de nature sociale, éducative, de loisir ou professionnelle.

Ainsi, l'invalidité, comme étant le résultat d'une déficience, représente l'écart par rapport à une norme en termes de performance individuelle ; le handicap est en revanche un phénomène social, représentant les conséquences sociales et environnementales des déficiences et invalidités.

Du fait de ces différents grades de handicap qui se recoupent et sont évolutifs, nous rencontrons une difficulté à obtenir des chiffres exacts et comparables de prévalence.

3.1.1.2. Prévalence en Suède

De 1983 à 2008, on note une augmentation du nombre d'enfants en situation de handicap notamment grâce aux avancées technologiques médicales qui permettent de meilleurs diagnostics et traitements de nombreuses pathologies.⁴⁴ De plus en plus d'enfants nés prématurés survivent également grâce aux améliorations dans les soins médicaux mais ces derniers ont un risque accru d'handicap.⁴⁵ Par ailleurs, ces personnes en situation de handicap sont d'avantage poussées à vivre librement en société sans être dans des institutions spécialisées. Par conséquent, on assiste à une demande plus forte de médecins et dentistes capables de le prendre en charge.⁴⁶

En 2001 en Suède, on recensait entre 7 et 16 autistes sur 10000 enfants et 35/10000 enfants atteints du syndrome Asperger. On estime que 1 % des enfants en âge d'être scolarisés sont atteints d'un trouble autistique.⁴⁷

3.1.2. Conséquences sur la sphère oro-pharyngée^{48 49}

Du fait du type même de handicap ou des médications associées, la cavité orale et ses fonctions sont souvent affectées par des problèmes liés à l'alimentation, la mastication, l'élocution et la communication, la déglutition, la salivation, l'esthétique, la malocclusion et un état bucco-dentaire perfectible.

⁴⁴ Klingberg et al., « Specialist paediatric dentistry in Sweden 2008 – a 25-year perspective ».

⁴⁵ Klingberg et Hallberg, « Oral health - not a priority issue a grounded theory analysis of barriers for young patients with disabilities to receive oral health care on the same premise as others ».

⁴⁶ Hallberg, Strandmark, et Klingberg, « Dental health professionals' treatment of children with disabilities : a qualitative study ».

⁴⁷ Fahlvik-Planefeldt et Herrström, « Dental care of autistic children within the non-specialized public dental service ».

⁴⁸ Matsson, Bäckman, et Nielsen, « Dental care for disabled child and adolescent ».

⁴⁹ Khoury et al., « Enfant polyhandicapé : première consultation et prise en charge générale ».

3.1.2.1. Problèmes dentaires

Nous retrouvons principalement un risque carieux élevé qui peut trouver son origine au niveau des médications ou des habitudes alimentaires liées au handicap :

- Les parents cèdent et autorisent fréquemment la prise d'aliments inappropriés : c'est alors notre rôle en tant que professionnels de santé, de donner des conseils sur les habitudes alimentaires en général et sur la limitation du nombre de prise d'aliments cariogènes en particulier.
- Pour certains enfants, la prise de poids peut entraîner des problèmes dentaires.
- Certains handicaps impliquent des difficultés à l'ingestion : sucer ou mâcher demandent un lourd effort et les repas peuvent alors durer plus d'une heure. Pour faciliter le processus, ils utilisent plus fréquemment des liquides ou des aliments mixés et de la nourriture cariogène. La nourriture est souvent gardée en bouche pendant une longue période avant d'être avalée. Quelques personnes en situation de handicap ruminent.
- Certains handicaps nécessitent une alimentation riche en calories : des repas fréquents sont recommandés.
- Constipation et diarrhée chroniques : remèdes sucrés (prunes, fruits secs, boissons de cola, jus de myrtille)
- Prise fréquente de boissons pour les enfants sous traitement pour éviter des complications rénales : boissons sucrées pour les faire boire suffisamment
- Médicaments sucrés sur le long terme et médicaments hyposialant
- Le sucre représente une manière habituelle de calmer, reconforter et féliciter des enfants autistes (à la maison, à l'école, dans les garderies).

Au RCI élevé viennent s'ajouter d'autres formes d'atteintes dentaires :

- des anomalies de forme, structure, nombre, taille, forme, d'émail
- érosions liées au reflux gastro-œsophagien
- abrasion importante des surfaces dentaires liée au bruxisme
- retard ou perturbation d'éruption dentaire
- traumatismes dentaires liés au comportement des enfants en situation de handicap

3.1.2.2. Problèmes parodontaux

Les problèmes parodontaux découlent de la difficulté à maintenir une hygiène orale correcte :

- l'incapacité de comprendre la signification et l'utilité derrière les procédures d'hygiène orale
- dextérité manuelle diminuée ce qui complique la capacité à se brosser les dents (problème d'autant plus marqué pour les patients autistes ou avec un retard mental, et les handicaps moteur).

En conséquence, on retrouve chez ces enfants :

- des gingivites et parodontites
- une hyperplasie gingivale qui peut être liée à certains traitements médicamenteux
- une gingivo-stomatite herpétique
- candidose

3.1.2.3. Problèmes fonctionnels

Les conséquences fonctionnelles peuvent être sur deux niveaux, musculaire ou salivaire :

- influence sur la salivation : problème de mastication et salivation excessive, diminution de l'auto-nettoyage de la cavité orale et difficulté à nettoyer les dents
- abrasion dentaire accrue due au grincement des dents (bruxisme)
- problème au niveau de la succion-déglutition qui entraîne des risques de fausses routes et de bavage
- hypotonicité ou spasticité musculaire qui entraîne une dysfonction labio-linguale

3.1.2.4. Problèmes cutanéomuqueux

Nous allons observer :

- des signes d'automutilation (morsures, grattages, abrasion)
- des traces de morsures accidentelles au niveau de la joue, des lèvres ou de la langue
- des perlèches liées à une hypersialie

3.2 Organisation des soins

Selon la législation dentaire actuelle en Suède, tous les enfants devraient avoir accès aux services dentaires organisés sur le territoire et recevoir des soins et des traitements en fonction de leurs besoins individuels, et ce, quel que soit leur état de santé.⁵⁰ Malgré cela, il y a tout de même un risque que le handicap constitue un obstacle empêchant l'enfant affecté de recevoir de bons traitements dentaires dans les mêmes conditions qu'un autre enfant.⁵¹

⁵⁰ Fahlvik-Planefeldt et Herrström, « Dental care of autistic children within the non-specialized public dental service ».

⁵¹ Hallberg, Strandmark, et Klingberg, « Dental health professionals' treatment of children with disabilities : a qualitative study ».

3.2.1. La prévention : un outil clé

Comme détaillé plus haut, les enfants atteints de handicaps étant plus vulnérables face aux pathologies bucco-dentaires, des stratégies de prévention spécifiques sont à développer. Un lien a aussi été décrit entre la détérioration de la santé orale et la détérioration dans la santé générale.⁵²

La prévention primaire est bénéfique pour diminuer le risque carieux. Ainsi, les pédiatres qui adressent de manière très précoce vers des pédodontistes spécialisés, sont probablement un facteur clé qui explique la fréquence faible des caries chez ces enfants en situation de handicap.⁵³ Ce transfert doit se faire dès l'éruption de la première dent de lait de l'enfant.

Une revue de la littérature, menée en 2010 et reprenant 27 études internationales, a mis en évidence une différence entre l'état de santé orale des patients avec un handicap mental et des patients contrôle.⁵⁴ Globalement, il a été noté que les patients atteints de handicap présentent une plus mauvaise hygiène orale mais ont un taux de carie égal voire inférieur au groupe contrôle. Ces résultats permettent de montrer qu'une majorité d'individus avec un retard mental ont un manque de dextérité nécessaire pour une élimination efficace de la plaque bactérienne, dû à une atteinte de la coordination physique et des compétences cognitives. Pour expliquer le taux de carie plus faible, on note en réalité plus de dents extraites que de dents restaurées. Ceci suggère que ces patients reçoivent moins de soins dentaires en quantité mais aussi que ces soins sont moins conservateurs (plus souvent sous forme d'extraction). Ainsi, il est clair que la meilleure opportunité pour améliorer la santé orale des patients en situation de handicap mental repose sur le développement d'une prévention efficace.

En 2011, une étude⁵⁵ a été mise en place pour enquêter sur la méthode favorite de prévention pour les patients à RCI élevé. Pour cela, un questionnaire destiné aux professionnels dentaires des pays nordiques (Suède, Norvège, Islande et Danemark) a circulé. Nous retrouvons dans la Figure 3 les résultats dans le comté d'Uppsala, en Suède.

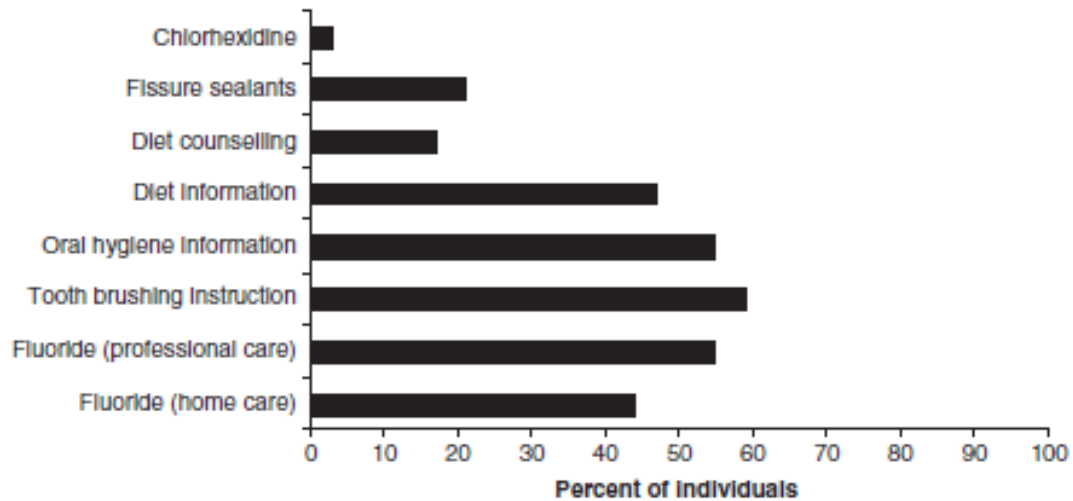
⁵² Klingberg et Hallberg, « Oral health - not a priority issue a grounded theory analysis of barriers for young patients with disabilities to receive oral health care on the same premise as others ».

⁵³ Norderyd et al., « Specialised dental care for children with complex disabilities focusing on child's functioning and need for general anaesthesia ».

⁵⁴ Anders, « Oral health of patients with intellectual disabilities : a systematic review ».

⁵⁵ Sarmadi, Gahnberg, et Gabre, « Clinicians' preventive strategies for children and adolescents identified as at high risk of developing caries ».

Figure 3 : Répartition des mesures préventives choisies par les praticiens (en pourcentage)



Source : Sarmadi et al., « The distribution of preventive measures chosen by clinicians (percent) », 2011.

Dans 60 % des cas, les mesures préventives mises en place sont l'utilisation du fluor au fauteuil, une éducation à la technique de brossage et des informations données concernant l'hygiène orale en général (la fréquence de brossage, le dentifrice à utiliser, etc.). Notons que les différentes thérapeutiques préventives mises en place se superposent (54 % des enfants ont reçu entre 5 et 8 traitements différents). De plus, la planification et la mise en place des mesures préventives sont réalisées par plusieurs professionnels lors des différents RDV (dentistes, hygiénistes et assistants), expliquant ainsi une somme des pourcentages supérieurs à 100 %. Le choix des mesures préventives se fait selon de nombreux facteurs permettant d'évaluer le RCI : les antécédents médicaux, le contexte social, les antécédents dentaires, l'hygiène orale, l'analyse des habitudes alimentaires, etc... Plus les facteurs inclus dans cette évaluation du RCI sont nombreux, et plus on utilise des mesures préventives variées. En Suède, les hygiénistes et assistants jouent un rôle clé dans l'examen et la planification de ces thérapeutiques préventives dans le cas des RCI faibles ou modérés. Cette étude a montré que les dentistes planifiaient et mettaient en place des mesures préventives à un degré plus poussé que les hygiénistes et assistantes dans le traitement des enfants à RCI élevé.

La multiplication des méthodes préventives et des professionnels les mettant en place permet une prise en charge plus ciblée et adaptée à cette population à besoins spécifiques.

Par ailleurs, la fréquence des visites de contrôle avec le dentiste et avec le l'hygiéniste est modifiée selon le besoin individuel de l'enfant. Dans le Tableau 4, Koch et Poulsen proposent 4 exemples de programmes de suivi pour la fréquence des visites de contrôle pour un enfant en situation de handicap.

Tableau 4 : Exemples de programmes pour la fréquence des visites de contrôle pour un enfant en situation de handicap

Routines	Situation de l'enfant	Fréquence de RDV avec un hygiéniste	Fréquence de RDV avec un dentiste
<i>Routine A</i>	Enfants avec handicap léger sans implication orale ou médicale	Tous les 6 mois	Tous les ans
<i>Routine B</i>	Enfants avec un handicap modéré et des problèmes avec l'hygiène quotidienne	Tous les 3 mois	Tous les ans
<i>Routine C</i>	Enfants pour lesquels un suivi rigoureux de toute maladie dentaire est nécessaire (maladie cardiaque congénitale, hémophilie, trouble progressif)	Tous les 3 mois	Tous les 6 mois
<i>Routine D</i>	Enfants pour lesquels l'hygiène orale quotidienne est compliquée à mettre en place avec des traitements oraux	Tous les mois	Tous les 6 mois

Source : Mattson, Bäckman et Nielsen, « Exemples of routines for check-up intervals for disabled children », 2001.

Nous noterons d'après cette proposition de prise en charge, que le principal élément modulé selon la situation et le besoin de l'enfant est la fréquence de visite avec l'hygiéniste. Il s'agit d'une stratégie très facile à mettre en place, sans encombrer pour autant l'agenda des dentistes. Ceci permet de répéter de manière plus rapprochée les thérapeutiques préventives nécessaires chez cette population dont le RCI est en général plus élevé. De plus, éduquer de manière efficace les patients à établir et maintenir une bonne hygiène orale (d'un point de vue technique et dans la compréhension de l'utilité du geste pour les handicap mentaux) nécessite plus qu'une session d'instructions ou que des messages standardisés. Ces patients ont besoin d'être coachés individuellement et spécifiquement pour obtenir un changement durable de comportement concernant leur hygiène orale.⁵⁶ Aussi, des fréquences de RDV réguliers permet le diagnostic précoce des lésions carieuses et donc des soins plus conservateurs et plus faciles à mettre en place. Une étude⁵⁷ comparant l'exactitude des diagnostics carieux des hygiénistes n'a pas mis en évidence une différence significative avec ceux des dentistes. Ainsi, aucun

⁵⁶ Thevissen, De Bruyn, et Koole, « The provision of oral hygiene instructions and patient motivation in a dental care system without dental hygienists ».

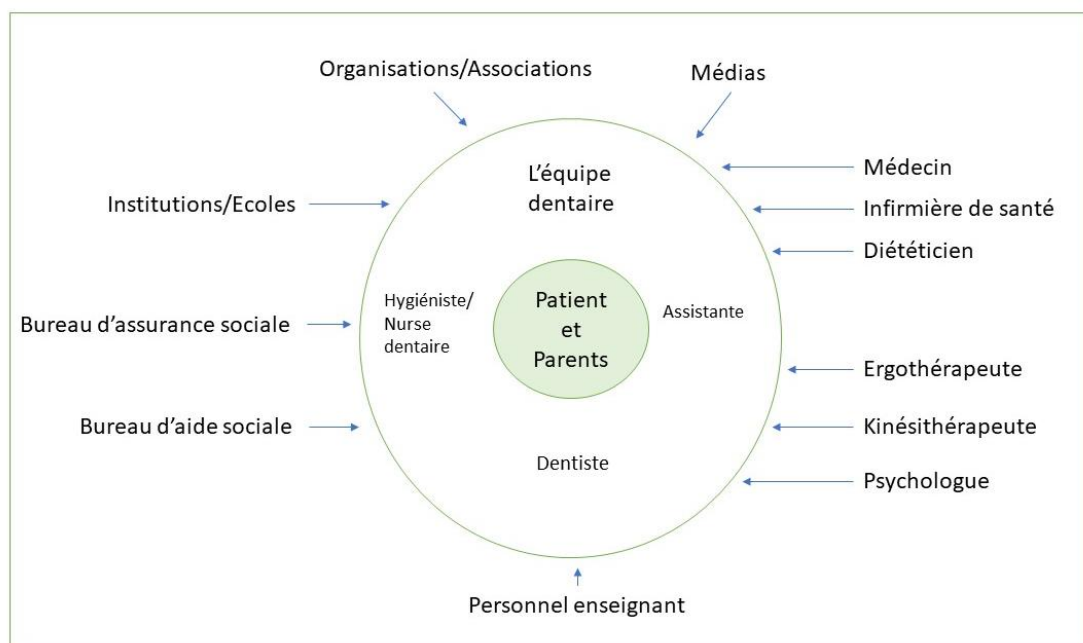
⁵⁷ Öhrn et al., « Accuracy of dental hygienists in diagnosing dental decay ».

patient avec le besoin d'un soin restaurateur n'aurait été négligé par un hygiéniste qui aurait mené l'examen clinique seul. Un besoin en soin non-restaurateur plus approprié aurait même été éventuellement fourni par l'hygiéniste (fluoration, scellements de sillons...). Cette organisation demande tout de même une collaboration étroite entre les différents membres de l'équipe dentaire.

3.2.2. Une coopération pluridisciplinaire

Une famille avec un enfant en situation de handicap devra coopérer avec de nombreux professionnels de santé différents, comme cela apparaît dans la Figure 4.

Figure 4 : L'enfant, l'équipe dentaire et les correspondants éventuels



Source : Traduction de l'auteur d'après Mattson, Bäckman et Nielsen, *Pediatric dentistry : a clinical approach*, 2001.

Paradoxalement, les enfants diagnostiqués comme étant en situation de handicap ont tendance à être plus vulnérables par rapport à tous les soins médicaux et dentaires. Pour beaucoup de ces patients, un tel diagnostic signifie de très nombreux rendez-vous avec différents professionnels de santé, ce qui implique un risque potentiel de voir la santé orale négligée, décalée en second plan ou oubliée.⁵⁸

Concernant les soins oraux, comme vu dans la Figure 3, toute l'équipe dentaire, à laquelle sont inclus les dentistes, les hygiénistes, les assistants et les nurses, participe au contrôle annuel de l'enfant.

⁵⁸ Klingberg et al., « Specialist paediatric dentistry in Sweden 2008 – a 25-year perspective ».

Cette organisation de prise en charge autour de différents professionnels dentaires permet de personnaliser l'offre de soins et d'obtenir des résultats satisfaisants concernant l'hygiène orale des enfants en situation de handicap. En effet, une étude de 2001⁵⁹ ne montre pas de différence significative entre les enfants contrôle et les enfants handicapés concernant l'hygiène orale et le diagnostic d'une gingivite. Il semble que la santé bucco-dentaire des enfants autistes n'est pas inférieure au groupe contrôle. Pourtant, dans le questionnaire distribué auprès des parents, ceux-ci expliquent qu'il est difficile de nettoyer les dents de leur enfant et que ce dernier nécessite de l'aide. En conséquence, 6 des enfants autistes parmi les 20 ayant participé à cette étude ont bénéficié de soins prophylactiques plus intenses grâce à des sessions supplémentaires chez un hygiéniste. Une réponse simple face à ces enfants qui ont besoin d'un accompagnement complémentaire pour s'adapter aux soins dentaires.

Par ailleurs, la communication interprofessionnelle pour un accompagnement global de l'enfant reste essentielle. Il est nécessaire d'obtenir le soutien du soignant (infirmière, parent ou membre de la famille) qui aide l'enfant atteint d'un handicap mental au quotidien, et ce, quel que soit l'âge de l'enfant. Sans leur compréhension des méthodes d'atteinte d'une santé orale satisfaisante et la volonté de les mettre en œuvre quotidiennement, peu de choses sont possibles et efficaces à part donner des conseils diététiques et recommander un apport topique de fluor via le dentifrice. Avec l'aide du soignant, une gamme complète de soins oraux est alors possible.⁶⁰

Pour les enfants atteints d'un handicap moteur, il est également primordial d'inclure les soignants dans les instructions de contrôle de plaque et de ne pas sous-estimer les rôles des accompagnants dans cette tâche. Cela peut surtout se retrouver dans le cas d'infirmiers gérant plusieurs patients et plusieurs tâches en parallèle, et qui peuvent ainsi mettre en second plan les soins dentaires. Il est important de passer du temps à expliquer et motiver l'équipe de manière adéquate.⁶¹

De plus, des astuces pratiques peuvent être discutées avec les autres professionnels de santé : les ergothérapeutes peuvent nous conseiller par rapport à l'adaptation de la brosse à dents, ou les kinésithérapeutes peuvent même aider le patient à s'entraîner à se brosser les dents.⁶²

Mais la coopération pluridisciplinaire se fait également à un autre niveau. Une étude de 2016⁶³ met en évidence les avantages de combiner des interventions dentaires et médicales lors d'une même anesthésie générale, dans le but d'optimiser les ressources de l'individu et du système de santé. En

⁵⁹ Fahlvik-Planefeldt et Herrström, « Dental care of autistic children within the non-specialized public dental service ».

⁶⁰ Collins, Walsh, et Figures, « Patients with special needs ».

⁶¹ Collins, Walsh, et Figures.

⁶² Collins, Walsh, et Figures.

⁶³ Norderyd et al., « Specialised dental care for children with complex disabilities focusing on child's functioning and need for general anaesthesia ».

effet, reporter l'examen clinique et les soins jusqu'à avoir des symptômes ou des signes évidents de problèmes dentaires ne serait pas éthique et entraînerait des traitements irréversibles, des douleurs éventuelles et représente même une menace pour la santé générale de l'enfant. Or, l'examen clinique au sein de cette population à besoin spécifique n'est pas toujours possible au fauteuil, malgré des méthodes douces et progressives appropriées à l'âge de l'enfant (renforcement positif, technique du « tell-show-do », hypnose, sédation consciente). L'anesthésie générale ne doit alors pas être considérée comme un échec mais un élément de la palette thérapeutique à disposition. En combinant les anesthésies générales à des vues médicales et dentaires, on diminue le nombre de fois où l'enfant est exposé à une éventuelle anxiété due à la procédure, il y a un gain de temps évident, une diminution des risques généraux liés à l'anesthésie générale et une optimisation des ressources financières (l'Etat finançant les traitements médicaux et odontologiques pour les enfants en Suède). Pour beaucoup de jeunes patients, réaliser une anesthésie générale juste pour un examen clinique et des soins prophylactiques n'aurait pas été acceptable sur la balance bénéfice/risque.

3.3 Financement des soins spécifiques

Jusqu'à 23 ans, on retrouve la gratuité des soins bucco-dentaires gérés par le service public, comme expliqué dans la première partie.

A l'âge adulte, le patient en situation de handicap peut souscrire à une allocation spéciale des soins dentaires (« STB » : *särskilt tandvårdsbidrag*). Celle-ci est mise en place depuis 2013 et vise uniquement les patients ayant un besoin accru en soins dentaires à cause d'un handicap ou d'une maladie spécifique répertoriée.⁶⁴ Ils bénéficient de 63 € (600 SEK) tous les 6 mois pour des soins préventifs, en plus des autres allocations de base pour les adultes (tout ceci peut être cumulé lors d'une même visite).⁶⁵

⁶⁴ Carlac'H, Ouairirhi, et Romeo, « L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas ».

⁶⁵ Carlac'H, Ouairirhi, et Romeo.

4 : Discussion

La mise en place des thérapeutiques préventives peut paraître simple en théorie mais son succès ou son échec dépend souvent des tentatives préliminaires à établir le contact avec le patient. Au-delà des besoins spécifiques en matière de soins des enfants en situation de handicap, leur prise en charge peut être difficile à mettre en place de par l'approche même de l'enfant. Pour espérer des résultats satisfaisants, il est nécessaire d'acquiescer la confiance du patient : il s'agit d'un processus long qui peut nécessiter plusieurs visites et qui implique une introduction lente et progressive des instruments et méthodes d'élimination de plaque bactérienne et dépôts. L'introduction des nouveaux éléments et des actions doit se faire avec la méthode du « tell-show-do », très utilisée en odontologie pédiatrique de base. La clé de la gestion des enfants en situation de handicap est la répétition : des explications, des étapes, des visites de contrôle.⁶⁶ Cette lente progression demande du temps et de l'investissement, ce que les dentistes ne peuvent pas nécessairement se permettre.

En effet, selon une étude qualitative menée en 2004⁶⁷ concernant la perception et les connaissances des dentistes et autres professionnels dentaires dans la prise en charge des enfants en situation de handicap, les omnipraticiens déclarent bien vouloir soigner cette catégorie de patients mais se retrouvent parfois restreints par leur connaissances ressenties comme insuffisantes, un manque d'expérience, des contraintes professionnelles (comme le financement ou le temps) et le stress général engendré par leur prise en charge.

Une seconde étude menée en 2012⁶⁸ pour comprendre les possibles barrières empêchant les enfants en situation de handicap de recevoir des soins bucco-dentaires au même titre que les autres enfants arrive aux mêmes conclusions. La santé orale n'est pas définie comme un problème prioritaire, du point de vue des parents ou des professionnels de santé. Une grande variabilité dans l'approche du patient et donc dans les soins dentaires est retrouvée. Ce manque de priorité s'explique par de nombreux arguments mis en évidence par l'étude et que l'on retrouve dans le Tableau 5.

⁶⁶ Collins, Walsh, et Figures, « Patients with special needs ».

⁶⁷ Hallberg, Strandmark, et Klingberg, « Dental health professionals' treatment of children with disabilities : a qualitative study ».

⁶⁸ Klingberg et Hallberg, « Oral health - not a priority issue a grounded theory analysis of barriers for young patients with disabilities to receive oral health care on the same premise as others ».

Tableau 5 : Catégories et sous-catégories expliquant la variabilité de prise en charge des enfants en situation de handicap

Catégories	Sous-catégories
Connaissances défectueuses à propos de l'importance de la santé orale	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de connaissance sur le lien entre la santé orale et la santé générale - Se reposer sur les autres (parents ou dentistes) pour prendre la responsabilité de la santé orale du patient - Epargner la famille de responsabilités/demandes supplémentaires
Capacité limitée de se concentrer sur la santé orale	<ul style="list-style-type: none"> - Se concentrer sur des besoins plus sérieux et urgents - Incapacité de se conformer aux recommandations officielles - Lacunes organisationnelles - Manque de temps ou de forum de discussion pour une « prise en charge globale »
Incertitude à traiter l'inconnu	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'expérience avec les enfants handicapés - Manque de connaissance concernant les besoins basiques de ce groupe de patients - Manque de coopération et incompréhension entre les patients et l'équipe de soin

Source : Traduction de l'auteur d'après Klingberg, « Oral health – not a priority issue », 2012.

De ces résultats, plusieurs points se dégagent. Les responsabilités semblent partagées entre les familles (ont-elles reçu les informations nécessaires concernant la santé orale de leur enfant ?) et les professionnels de santé (le médecin les a-t-il encouragés à voir un dentiste de manière régulière ? Le dentiste vu avait-il les connaissances et les compétences nécessaires à cette prise en charge spécifique ?). Nous avons alors un devoir d'information et de prévention sur la santé orale, les fonctions et comment éviter aux enfants des pathologies orales. À cela s'ajoute le problème de la formation initiale chez les dentistes. Les objectifs principaux dans les soins bucco-dentaires chez ces patients devraient être la promotion de la santé orale, le diagnostic précoce et l'intervention si un problème apparaît. Pour cela, l'équipe dentaire doit avoir des capacités en bonne communication et doit être capable de soutenir la famille et les encourager à gérer des soins quotidiens. Les techniques préventives ont prouvé leur efficacité sur les patients non handicapés et sont aussi applicables sur cette population spécifique à condition qu'elles soient plus individualisées. Ainsi, voir le patient au fauteuil a plusieurs effets : la prévention, la détection précoce des caries et des maladies orales mais

aussi de permettre à l'enfant de se familiariser avec le cadre dentaire et les traitements d'une manière positive.⁶⁹

De plus, pendant que les dentistes doivent se concentrer sur les aspects préventifs et curatifs en même temps, l'intérêt principal des hygiénistes dentaires reste la prévention. Cet objectif unique leur permet d'établir des liens étroits avec leurs patients, créant ainsi une santé buccale optimale.⁷⁰ La présence des hygiénistes rend possible la délégation des tâches au fauteuil : examen clinique, détartrage, éducation à la prévention (dont les conseils sur le régime alimentaire). Cette délégation permet de répondre à la demande en soins de base soutenus par les pouvoirs publics nationaux et soutenant la productivité et la rentabilité des cabinets dentaires. Ainsi, les dentistes se libèrent des soins de bases dans le but de se concentrer sur les soins plus complexes et la gestion de leur cabinet.⁷¹ Cette organisation répond également à la politique globale d'amélioration de la santé bucco-dentaire formulée par l'OMS. En 2007, le rapport demandait aux États membres d'augmenter leur capacité à mettre en place des auxiliaires de santé, tels que des hygiénistes dentaires, pour assurer les soins oraux de prévention primaire.⁷²

En Suède, on retrouve une codification et donc une rémunération pour les actes liés à la prévention. Quelques exemples sont notés dans le Tableau 6.

Tableau 6 : Liste non exhaustive des codifications et prix des actes dentaires en Suède

Code	Titre	Prix de référence	Prix en Euros (arrondi)
111	Observation réalisée par un hygiéniste, frais de base	635 kr	63 €
201	Instructions sur le risque de maladies ou de problèmes liés à la santé bucco-dentaire	415 kr	41 €
204	Soins prophylactiques	795 kr	79 €
206	Application de fluor	340 kr	34 €
207	Elimination du tartre supragingival	270 kr	27 €
208	Elimination du tartre supragingival, plus étendu	500 Kr	50 €
209	Elimination du tartre supragingival particulièrement longue	795 kr	79 €

Source : Traduction de l'auteur d'après Folk tandvårdens.

⁶⁹ Klingberg et Hallberg.

⁷⁰ Thevissen et al., « Attitude of dental hygienists, general practitioners and periodontists towards preventive oral care : an exploratory study ».

⁷¹ Carlac'H, Ouadirhi, et Romeo, « L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas ».

⁷² Petersen, « Global policy for improvement of oral health in the 21st century – implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization ».

Ainsi, une valorisation financière pour les dentistes et les hygiénistes des actes préventifs permet en partie d'éliminer le frein financier.

Au-delà de cet aspect d'organisation des soins et de rentabilité du cabinet, une étude menée en 2016 en Belgique, qui présente un système de santé sans hygiénistes, conclut que dans ce contexte, l'éducation à l'hygiène orale (EHO) et la motivation des patients ne sont pas en concordance avec les recommandations internationales.⁷³ L'EHO est une combinaison d'explications, de démonstration (sur des modèles et en bouche), d'évaluation de ses propres performances et d'un renforcement répété. Celle-ci est inefficace sur des patients passifs, la motivation est indispensable pour obtenir des résultats satisfaisants. Or d'après cette étude, 56 % des omnipraticiens disent faire une EHO uniquement quand ils supposent que le patient va être compliant. Obtenir des résultats favorables nécessite en effet un investissement de temps et d'énergie de la part du dentiste, chose qui peut être étouffée par les soins restaurateurs, même si les dentistes sont préoccupés et concernés par une dentisterie préventive.

En accord avec l'évolution de la santé, la dentisterie est en train de basculer d'une approche d'un praticien seul à une pratique multidisciplinaire en équipe. L'hygiéniste est un membre important de l'équipe dentaire, concentré sur la prévention des maladies et la promotion de la santé orale.

⁷³ Thevissen, De Bruyn, et Koole, « The provision of oral hygiene instructions and patient motivation in a dental care system without dental hygienists ».

Conclusion

La prise en charge des enfants en situation de handicap est un réel enjeu de santé publique. Comme en France, la Suède rencontre des difficultés à fournir des soins pour des raisons d'approche-même de l'enfant mais aussi par manque de temps et de formation initiale des dentistes, qui engendre un manque de connaissances et de capacité à gérer cette population spécifique. Ainsi, il est maintenant reconnu que la meilleure manière de prendre en charge ces enfants est de renforcer la prévention primaire et ce, dès le plus jeune âge. Les messages et l'accompagnement sont alors personnalisés et individualisés ce qui permet de réduire au maximum la nécessité de soins bucco-dentaires plus invasifs et plus complexes quand l'enfant grandit. Cette promotion de la santé nécessite du temps et de la répétition pour être particulièrement efficace. Or, en Suède, deux éléments principaux permettent de répondre à cette demande :

- l'organisation-même du système de santé. Il est axé sur la prévention et l'accompagnement de l'enfant, en situation de handicap ou non ; et se caractérise par une prise en charge financière assurée par l'Etat jusqu'aux 23 ans de l'enfant, des rappels systématiques de contrôles réguliers, une prise en charge assurée par le secteur public.
- la présence des hygiénistes. Celle-ci permet de contourner cette difficulté d'investissement auprès du patient car ces professionnels de santé sont dédiés principalement à la prévention. Cela donne accès à un accompagnement plus efficace et plus disponible de ces enfants en situation de handicap. Leurs actions sont aussi valorisées financièrement ; et cette délégation des tâches permet de libérer les dentistes qui se focalisent alors uniquement sur les soins curatifs.

Aujourd'hui, on retrouve ce métier dans près de 30 pays mais la France n'en fait pas partie. Serait-ce donc une solution envisageable pour améliorer notre offre et organisation de soins sur le territoire ?

Bibliographie

- Anders, L. « Oral health of patients with intellectual disabilities : a systematic review ». *Special care in dentistry* 30, n° 3 (2010): 110-17. <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2010.00136.x>.
- Axelsson, P., M. Rolandsson, et B. Bjerner. « How Swedish dental hygienists apply their training program in the field ». *Community dentistry and oral epidemiology* 21, n° 5 (1993): 297-302. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1993.tb00778.x>.
- Azoulay, A. « Les programmes de prévention de la carie pour les enfants et les adolescents en Suède des années 1960 à nos jours ». Thèse d'exercice, Université Paris Descartes, 2012.
- Carlac'H, D., M. Ouardirhi, et K. Romeo. « L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas », 2018. https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/L_organisation_des_soins_bucco-dentaires_dans_3_pays_europeens.pdf.
- Chambaretaud, S. « Suède, un système géré librement par les comtés ». *ADSP : actualité et dossier en santé publique*, n° 46 (2004): 9-12.
- Collins, W. J. N., T. F. Walsh, et K. H. Figures. « Patients with special needs ». In *A handbook for dental hygienists*, 4th ed., 185-98. Oxford : Wright, 1999.
- Matsson, L., B. Bäckman, et L. A. Nielsen. « Dental care for disabled child and adolescent ». In *Pediatric dentistry : a clinical approach*, par G. Koch et S. Poulsen, 445-62. Copenhagen : Munksgaard, 2001.
- Fahlvik-Planefeldt, C., et P. Herrström. « Dental care of autistic children within the non-specialized public dental service ». *Swedish dental journal* 25, n° 3 (2001): 113-18.
- Folktandvården. « About the swedish public dental service ». Folktandvården, 2014. <http://www.folktandvarden.se/in-english/about-the-swedish-public-dental-service/>.
- Hallberg, U., M. Strandmark, et G. Klingberg. « Dental health professionals' treatment of children with disabilities : a qualitative study ». *Acta odontologica scandinavica* 62, n° 6 (2004): 319-27. <https://doi.org/10.1080/00016350410001810>.
- Hedman, E., P. Gabre, et D. Birkhed. « Dental hygienists working in schools - a two-year oral health intervention programme in swedish secondary schools ». *Oral health & preventive dentistry* 13, n° 2 (2015): 177-88. <https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a32132>.
- Hjorstsberg, C., et O. Ghatnekar. *Health care in transition : Sweden*. Édité par A. Rico, W. Wisbaum, et T. Cetani. Copenhagen: World health organization, regional office for Europe, 2001. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/120284/E73430.pdf.
- Khoury, C., A. Camoin, I. Blanchet, M. C. Manière, et C. Tardieu. « Enfant polyhandicapé : première consultation et prise en charge générale ». In *Guide d'odontologie pédiatrique : la clinique par la preuve*, édité par Collège des enseignants en odontologie pédiatrique et M. Muller-Bolla, 2e éd., 289-93. Malakoff : Editions CdP, 2018.
- Klingberg, G., I. Andersson-Wenckert, M. Grindefjord, S. Lundin, K. Ridell, G. Tsilingaridis, et C. Ullbro. « Specialist paediatric dentistry in Sweden 2008 – a 25-year perspective ». *International journal of paediatric dentistry* 20, n° 5 (2010): 313-21. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2010.01057.x>.
- Klingberg, G., et U. Hallberg. « Oral health - not a priority issue a grounded theory analysis of barriers for young patients with disabilities to receive oral health care on the same premise as others ». *European journal of oral sciences* 120, n° 3 (2012): 232-38. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0722.2012.00961.x>.
- Köhler, L. « Children with and without disabilities in the Nordic countries. A nordic project ». *Scandinavian journal of social medicine* 21, n° 3 (1993): 146-49. <https://doi.org/10.1177/140349489302100302>.

- Llyod, S. « Dental care delivery around the world ». In *Dental public health, contemporary practice for the dental hygienist*, par C. N. Nathe, 69-96, 2nd ed. Upper Saddle River : Pearson Prentice Hall, 2005.
- Luciak-Donsberger, C. « Origins and benefits of dental hygiene practice in Europe ». *International journal of dental hygiene* 1, n° 1 (2003): 29-42. <https://doi.org/10.1034/j.1601-5037.2003.00008.x>.
- Norderyd, J., G. Klingberg, D. Faulks, et M. Granlund. « Specialised dental care for children with complex disabilities focusing on child's functioning and need for general anaesthesia ». *Disability and rehabilitation* 39, n° 24 (2017): 2484-91. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1236406>.
- Öhrn, K. « The role of dental hygienists in oral health prevention ». *Oral health & preventive dentistry* 2 Suppl 1 (2004): 277-81.
- Öhrn, K., C.G. Crossner, I. Börgesson, et A. Taube. « Accuracy of dental hygienists in diagnosing dental decay ». *Community dentistry & oral epidemiology* 24, n° 3 (1996): 182-86. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1996.tb00838.x>.
- Ordell, S., L. Unell, et B. Söderfeldt. « An analysis of present dental professions in Sweden ». *Swedish dental journal* 30, n° 4 (2006): 155-64.
- Petersen, P. E. « Global policy for improvement of oral health in the 21st century – implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization ». *Community dentistry and oral epidemiology* 37, n° 1 (2009): 1-8. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2008.00448.x>.
- Sarmadi, R., L. Gahnberg, et P. Gabre. « Clinicians' preventive strategies for children and adolescents identified as at high risk of developing caries ». *International journal of paediatric dentistry* 21, n° 3 (2011): 167-74. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2010.01103.x>.
- Sarmadi, R., P. Gabre, et L. Gahnberg. « Strategies for caries risk assessment in children and adolescents at public dental clinics in a swedish county ». *International journal of paediatric dentistry* 19, n° 2 (2009): 135-40. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2008.00947.x>.
- Socialstyrelsen. « Prognos över sysselsatta inom hälso - och sjukvården samt tandvården Åren 2009-2025 Barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare », 2011. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2011-1-16.pdf>.
- Swedish dental association. « Dentistry in Sweden », 2003. https://www.mah.se/upload/FAKULTETER/OD/Avdelningar/who/EURO/Sweden/dentistry_03.pdf.
- Swedish national board of health and welfare. « Competence description for registered dental hygienist », 2008. http://www.en.tandhygienistforening.se/media/150655/comp._description_for_reg_dh.pdf.
- Thevissen, E., H. De Bruyn, R. Colman, et S. Koole. « Attitude of dental hygienists, general practitioners and periodontists towards preventive oral care : an exploratory study ». *International dental journal* 67, n° 4 (2017): 221-28. <https://doi.org/10.1111/idj.12289>.
- Thevissen, E., H. De Bruyn, et S. Koole. « The provision of oral hygiene instructions and patient motivation in a dental care system without dental hygienists ». *International journal of dental hygiene* 15, n° 4 (2017): 261-68. <https://doi.org/10.1111/idh.12211>.

Table des figures

Figure 1 : Les 21 comtés suédois.....	5
Figure 2 : Le concept des handicaps.....	16
Figure 3 : Répartition des mesures préventives choisies par les praticiens (en pourcentage).....	21
Figure 4 : L'enfant, l'équipe dentaire et les correspondants éventuels	23

Table des tableaux

Tableau 1 : Traitements majeurs en Suède représentant près de 63 % des soins en 2010	8
Tableau 2 : Nombre d'hygiénistes dentaires légitimes par statut sur le marché du travail et par sexe, Novembre 2008.....	11
Tableau 3 : Domaine de compétences des hygiénistes en hygiène orale théorique et pratique	12
Tableau 4 : Exemples de routines pour la fréquence des visites de contrôle pour un enfant en situation de handicap	22
Tableau 5 : Catégories et sous-catégories expliquant la variabilité de prise en charge des enfants en situation de handicap	27
Tableau 6 : Liste non exhaustive des codifications et prix des actes dentaires en Suède	28

Vu, le Directeur de thèse

Vu, le Doyen de l'UFR d'Odontologie - Montrouge

Professeur Sibylle VITAL

Professeur Louis MAMAN

Vu, le Président d'Université de Paris

Professeur Christine CLERICI

Pour le Président et par délégation,

Le Doyen Louis MAMAN

Prise en charge des enfants en situation de handicap en Suède : le rôle des hygiénistes dentaires

Résumé :

En Suède, la politique de santé repose sur un système de promotion de la santé bucco-dentaire pour l'ensemble de la population, et ce, dès le plus jeune âge. Les enfants atteints de handicaps étant plus vulnérables face aux pathologies buccodentaires, des stratégies de prévention spécifiques sont à développer. En quoi le système de santé scandinave, axé sur la prévention, prend-il en compte la prise en charge spécifique des enfants en situation de handicap ? Comment les hygiénistes s'intègrent-ils dans cette organisation ? Pour cela, nous reviendrons sur la base du système de santé en Suède : ses principes, son organisation et la valorisation de l'odontologie pédiatrique. Puis, nous nous attarderons sur le métier d'hygiéniste, son historique et son contexte actuel, afin de le replacer dans l'équipe de soins et de définir son rôle dans la prise en charge des populations. Ensuite, nous nous centrerons sur la stratégie de la prise en charge des enfants en situation de handicap, en rappelant dans un premier temps les objectifs thérapeutiques de cette prise en charge puis de son organisation concrète sur le territoire. Enfin, nous tenterons d'analyser ces stratégies de prise en charge nordiques.

Discipline :

Santé publique et prévention

Mots clés français (fMeSH et Rameau) :

Odontologie en santé publique -- Dissertation universitaire ; Soins dentaires pour personnes handicapées -
- Dissertation universitaire ; Soins dentaires -- Suède -- Thèses et écrits académiques ;
Enfants handicapés -- Prévention -- Thèses et écrits académiques

English keywords (MeSH) :

Public Health Dentistry -- Academic Dissertation ; Dental Care for Disabled -- Academic Dissertation

Université de Paris
UFR d'Odontologie - Montrouge
1, rue Maurice Arnoux
92120 Montrouge